



자녀와 임신부를 위한 무료 및 저비용 의료보험

건강한 내일은 오늘
부터 시작됩니다!

다음과 같은 무료 및
저비용 의료 서비스를
제공합니다.

- 예방 진료
- 임신중 진료
- 의사 진료
- 안과/치과 진료
- 정신과 진료
- 처방약
- 입원 치료
- 응급 진료

신청서 내용

| | |
|----------------------------|-------|
| 신청 방법 | .2 |
| 신청서 | A1-A4 |
| 도움 제공 | .3 |
| 가구 규모 및 가구 소득 | .4 |
| 임신부 | .5 |
| 기타 질문 | .6 |
| 통지문 | .7 |

이 신청서는 다음의 언어로 제공됩니다:
영어, 스페인어, 베트남어, 중국어,
러시아어, 아르메니아어, 이란어,
크메르어, 흐몽어, 아랍어, 타갈로그어
English, Español, Việt Ngữ, 中文,
Русский, Հայերեն, فارسی,
ភាសាខ្មែរ, Hmoob, العربية, Tagalog

Medi-Cal과 Healthy Families를 지금 신청하십시오.

아래의 단계를 따르십시오.

- ① 안쪽에 있는 신청서를 작성하십시오.
- ② 2 페이지에 기재된 서류의 사본을 제출하십시오.
- ③ 임신부인 경우에는 5 페이지를 참조하십시오.
- ④ 신청서에 서명한 후 우송하십시오.



신청 자격

- 19세 미만의 저소득층 및 근로자 가정의 자녀
- 임신부

합법적인 이민자가 아닌 자녀와 임신부도 일부 Medi-Cal에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

보험료

Medi-Cal은 무료이고 Healthy Families는 자녀 당 매월 \$4 - \$15를 납부해야 합니다.

가입 자격

가구 규모, 가구 소득, 자녀의 연령에 따라 자격이 결정됩니다. 뒷표지의 표를 참조하십시오.

저희는 무료로 신청서 작성을 도와 드립니다!

- 전화 - 전화로 신청서 작성을 도와드립니다.
- 직접 방문 - 교육을 받은 보조원이 직접 면담하여 도와드립니다.
- 여러분이 사용하시는 언어로 도와드립니다!

전화: **1-800-880-5305** 또는 TDD: **1-800-735-2929**

월요일-금요일: 오전 8시-오후 8시
토요일: 오전 8시-오후 5시

- 1 4페이지짜리 신청서를 작성하십시오.**
 항목을 이해할 수 없거나 서류가 없는 경우에는 **1-800-880-5305**로 전화하십시오. 또는 3-7페이지에서 필요한 정보를 찾아보십시오.
- 2 소득 및 지출 증빙 서류의 사본을 제출하십시오.**
 (아래에 기재되지 않은 다른 서류들도 사용할 수 있는 경우가 있습니다.)

 - 직장에 다니는 각 가구 구성원에 대해 다음의 서류 중 하나:**
 - 45일 이내에 받은 최근의 급여 명세서, **또는**
 - 고용주가 서명하고 날짜를 기재한 총소득 및 급여 지급 주기가 표시된 진술서, **또는**
 - 작년도 연방 소득세 신고서
 - 자영업을 하는 각 가구 구성원에 대해 다음의 서류 중 하나:**
 - 스케줄 C, C-EZ 또는 F가 포함된 작년도 연방 소득세 신고서 양식, **또는**
 - 신청인이 서명한 지난 3개월 동안의 항목별 손익계산서. 손익계산서 견본을 얻고 싶으시면 www.healthyfamilies.ca.gov로 가서 Download Forms and Documents(양식 및 문서 다운로드)를 누르십시오.
 - 장애 보험, 은퇴 및 기타 연금, 소셜 시큐리티, 재향군인 베니핏, 근로자 재해보상, 또는 실업 수당으로부터 얻은 소득이 있는 경우에는 다음과 같은 서류의 사본을 제출하십시오.**
 - 가장 최근의 지불금에 대해 직접 입금되었다는 것을 증명하는 지급 통보서, 수표, **또는** 은행 명세서
 - 자녀 부양비 또는 배우자 부양비를 받는 경우에는 다음과 같은 서류의 사본을 제출하십시오.**
 - 법원 명령, 부양비 공제가 표시된 급여 명세서, 영수증, 또는 월 부양비 지급 수표, **또는**
 - 월 부양비 금액, 피부양자, 지급인, 수령인이 기재된 Department of Child Support Services(자녀 부양비 서비스국) 또는 부양비를 지급하는 사람의 진술서
 - 택아비 또는 장애 피부양자 보호비를 지불하는 경우에는 다음과 같은 서류의 사본을 제출하십시오.**
 - 결제된 수표 **또는** 영수증, **또는** 신청인이 매월 지불한 금액이 표시된 택아소가 제공한 서명이 있는 명세서
- 3 각 신청인에 대해 시민권 또는 이민 증명 서류를 제출하십시오.**
 (이 서류는 지금 즉시 또는 가능한 한 빨리 제출하십시오.)

 - 시민권자 또는 국적자:** 각 신청인에 대해 출생 증명서, 여권, 미국 시민권 증명서, 귀화 증명서, 또는 다른 시민권 증명서의 사본을 제출하십시오. 저희는 나중에 더 자세한 정보를 요청할 수도 있습니다.
 - 비시민권자:** 이민 신분에 대한 증명서를 제출하십시오. 서류의 앞면과 뒷면을 복사하십시오. 또는 분실한 서류에 대해 재발급을 신청했다는 것을 증명하는 이민국(USCIS)의 접수증을 제출하십시오. 신청인이 이민 서류가 없더라도 Medi-Cal은 신청할 수 있습니다.
- 4 캘리포니아 거주자라는 것을 증명하는 다음 중 한 가지 서류를 가구 당 한 부씩 제출하십시오.**
 (아래에 기재되지 않은 다른 서류들을 제출할 수도 있습니다.)

 - 캘리포니아 주 내의 주소가 기재된 급여 명세서, **또는**
 - 임대료 영수증 또는 전화, 전기, 가스 요금 청구서, **또는**
 - 캘리포니아 운전면허증 또는 DMV 신분증, **또는**
 - 자녀의 학교 입학에 대한 증빙
- 5 신청서에 서명한 후에 우송하십시오** (신청서는 A1-A4 페이지에 있습니다.)
 신청서와 증빙 서류의 사본을 첨부된 봉투에 넣어 우송하십시오. 우표는 붙이지 않아도 됩니다!
 우송 주소: **Healthy Families/Medi-Cal, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984**

신청서

이 양식의 4 페이지를 모두 작성해 주십시오. 명확하게 정자로 기재해 주십시오.
 흑색 또는 청색 잉크만을 사용하십시오. 작성한 양식은 다음 주소로 우송하십시오.



Healthy Families/Medi-Cal
 P.O. Box 138005
 Sacramento, CA 95813-9984

도움이 필요하십니까?

1-800-880-5305로 전화하십시오.

이 양식을 작성하는 가족 구성원에 대한 정보를 기재하십시오.

① _____ / _____ / _____
 성 이름 중간 이름 생년월일 (월/일/년)

② _____ ()
 집 주소(주택 번호 및 거리 이름) 무숙자 이외에는 사서함을 사용하지 마십시오. 아파트 번호 집 전화번호

③ _____ ()
 시 카운티 우편번호 직장 전화번호

④ _____ ()
 우편 주소(위의 주소와 다른 경우) 또는 사서함 아파트 번호 메시지 또는 핸드폰 번호

⑤ _____
 시 우편번호 이메일 주소(옵션)

⑥ 가장 잘 구사하는 언어는 무엇입니까? ⑦ 가장 잘 읽을 수 있는 언어는 무엇입니까?

가입자 정보 (자녀가 4명 이상인 경우에는 A1 및 A2 페이지를 복사하여 다른 자녀에 대한 정보를 기재하십시오.)

| | 자녀 1 | 자녀 2 | 자녀 3 | 임신부 | 태아 |
|----------------------------|---|---|---|--------------------------|---|
| ⑧ 이름 | 성 이름 중간 이름 | | | | Medi-Cal 또는 AIM에 가입한 임신부: 이 부분을 작성하지 마십시오. <input type="checkbox"/> 태아를 출산하기 전에 미리 Healthy Families를 신청하려면 이곳에 표시하십시오. 신청인은: • 임신 후 6개월 이상 되어야 합니다. • 신청서와 함께 의사 또는 클리닉이 발급한 임신에 대한 증빙을 제출해야 합니다. • 출산 후 출생 증명 서류를 제출해야 합니다. (더 자세한 정보는 5 페이지 참조) |
| ⑨ 출생 증명서에 기재된 이름 | 성 이름 중간 이름 | | | | |
| ⑩ 이 자녀가 집이 아닌 다른 곳에 거주합니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | |
| ⑪ 집 주소 (②의 집 주소와 다른 경우) | | | | | |
| ⑫ 우편 주소 (④의 우편 주소와 다른 경우) | | | | | |
| ⑬ 생년월일 | ____/____/____ 일 월 년 | ____/____/____ 일 월 년 | ____/____/____ 일 월 년 | ____/____/____ 일 월 년 | |
| ⑭ 항목 ①의 사람과의 관계 | <input type="checkbox"/> 친자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타: _____ | <input type="checkbox"/> 친자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타: _____ | <input type="checkbox"/> 친자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타: _____ | 출산 예정일 ____/____/____ | |
| ⑮ 성별 | <input type="checkbox"/> 남아 <input type="checkbox"/> 여아 | <input type="checkbox"/> 남아 <input type="checkbox"/> 여아 | <input type="checkbox"/> 남아 <input type="checkbox"/> 여아 | 출산 예정 신생아의 수: _____ | |



| | 자녀 1 | 자녀 2 | 자녀 3 | 임신부 | 태아 |
|---|--|--|--|--|---|
| ①6 인종(옵션) (더 자세한 정보는 6 페이지 참조) | | | | | |
| ①7 출생지 카운티: 주: 또는 외국: | | | | | |
| ①8 소셜 시큐리티 번호 (더 자세한 정보는 6 및 7 페이지 참조) | Healthy Families나 응급 또는 임신 서비스를 신청하는 경우, 이 정보는 옵션입니다. | | | | |
| ①9 미국 시민권자 또는 국적자? (더 자세한 정보는 3 및 7 페이지 참조) “아니오” 인 경우, 미국에 도착한 날짜 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____/____/____ 월 일 년 | |
| ②0 Medi-Cal 베니핏 카드 번호(BIC)-해당되는 경우: | | | | | |
| ②1 이 사람은 다른 의료/치과/안과 보험이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| 다른 의료보험이 있더라도, Medi-Cal은 그러한 보험이 보상하지 않는 진료를 보상하는 경우가 있습니다. | | | | | |
| ②2 이 자녀는 지난 3개월 동안 고용주가 지불하는 의료보험 플랜에 가입했었습니까? (더 자세한 정보는 6 페이지 참조) | <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 (“예” 인 경우, 종료된 날짜를 기입하고 아래에서 해당되는 사유에 표시하십시오.) ____/____/____ 월 일 년 의료보험 종료 사유: <input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 고용 상태 변경 <input type="checkbox"/> 이사하여 의료보험이 없음 <input type="checkbox"/> 모든 고용인에 대한 베니핏 종료 <input type="checkbox"/> 사망, 이혼 또는 법적 별거 <input type="checkbox"/> COBRA 종료 <input type="checkbox"/> 기타_____ | <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 (“예” 인 경우, 종료된 날짜를 기입하고 아래에서 해당되는 사유에 표시하십시오.) ____/____/____ 월 일 년 의료보험 종료 사유: <input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 고용 상태 변경 <input type="checkbox"/> 이사하여 의료보험이 없음 <input type="checkbox"/> 모든 고용인에 대한 베니핏 종료 <input type="checkbox"/> 사망, 이혼 또는 법적 별거 <input type="checkbox"/> COBRA 종료 <input type="checkbox"/> 기타_____ | <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 (“예” 인 경우, 종료된 날짜를 기입하고 아래에서 해당되는 사유에 표시하십시오.) ____/____/____ 월 일 년 의료보험 종료 사유: <input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 고용 상태 변경 <input type="checkbox"/> 이사하여 의료보험이 없음 <input type="checkbox"/> 모든 고용인에 대한 베니핏 종료 <input type="checkbox"/> 사망, 이혼 또는 법적 별거 <input type="checkbox"/> COBRA 종료 <input type="checkbox"/> 기타_____ | | |
| ②3 이 사람은 지난 3개월 동안에 발생한 의료비를 지불하기 위해 Medi-Cal을 신청합니까? (더 자세한 정보는 6 페이지 참조) | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| Medi-Cal은 지난 3개월 동안의 의료비를 보상할 수 있습니다. | | | | | |
| ②4 어머니 이름: 성 이름 이 자녀는 어머니와 함께 살고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | |
| ②5 아버지 이름: 성 이름 이 자녀는 아버지와 함께 살고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |

지르는 선

공란이 더 필요하시면 이 페이지를 복사하거나 별지를 한 장 더 첨부하십시오.

가구 규모 한집에서 사는 다른 **모든** 가구 구성원을 기재하십시오. 21세 미만의 자녀, 의붓부모, 한집에 사는 십대나 임신부의 배우자를 포함시키십시오. 숙모, 숙부, 이모, 이모부, 조카 또는 조부모는 기재하지 **마십시오**. (더 자세한 정보는 4 페이지 참조)

| 이름 | 성별 | 생년월일 | 항목 ①의 사람과의 관계 | | |
|----|---|-------------------------|--|--|---|
| ②6 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 | <input type="checkbox"/> 남자 친구 <input type="checkbox"/> 여자 친구 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| ②7 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 | <input type="checkbox"/> 남자 친구 <input type="checkbox"/> 여자 친구 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| ②8 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | ____/____/____ 월 일 년 | <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 | <input type="checkbox"/> 남자 친구 <input type="checkbox"/> 여자 친구 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |

②9 가구 내에 임신부가 있습니까? 예 아니오
 “예” 인 경우, 누구입니까? _____ 아기를 몇 명 출산할 예정입니까? _____ 출산 예정일: ____/____/____
 월 일 년

가구 소득 이 신청서에 기재된 **모든** 사람의 소득을 기입하십시오. **수령한** 자녀 부양비와 배우자 부양비를 포함시키십시오. (각 소득원에 대해 별도의 줄을 사용하십시오.)

| 소득이 있는 사람의 이름 (학교에 다니는 자녀는 일을 해서 얻은 소득을 기입할 필요가 없습니다.) | 소득원 (급여, 소셜 시큐리티, 연금 등) | 소득 발생 주기 (매주, 격주, 매월) | 소득 금액 (총소득) | 소셜 시큐리티 번호 (옵션) |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| ③0 | | | \$ | |
| ③1 | | | \$ | |
| ③2 | | | \$ | |
| ③3 | | | \$ | |
| ③4 | | | \$ | |

지출 항목 ①의 사람과 위에 기재된 사람의 소득을 기입하십시오.

- ③5 탁아 또는 장애인 피부양자 보호
 (자녀 또는 피부양자 이름): _____ 연령: _____ 지불 금액: _____
 (자녀 또는 피부양자 이름): _____ 연령: _____ 지불 금액: _____
 (자녀 또는 피부양자 이름): _____ 연령: _____ 지불 금액: _____
- ③6 법원이 명령한 자녀 부양비
 수령인: _____ 지급인: _____ 지불 금액: _____
 수령인: _____ 지급인: _____ 지불 금액: _____
- ③7 법원이 명령한 배우자 부양비
 수령인: _____ 지급인: _____ 지불 금액: _____

가구 정보

- ③8 항목 ①의 사람, 위에 기재된 사람, 또는 가구 내의 다른 사람이 Medi-Cal에 가입하기를 원합니까? . . 예 아니오
 “예” 인 경우, 누구입니까? _____ (“예” 라고 답변하는 경우, 저희가 신청인에게 연락합니다.)
- ③9 가구 내에 신체, 정신, 정서 또는 발달 장애가 있고 Medi-Cal에 가입하기를 원하는 사람이 있습니까? . . 예 아니오
 “예” 인 경우, 누구입니까? _____ (“예” 라고 답변하는 경우, 저희가 신청인에게 연락하여 자격이 있는지 확인합니다.)
- ④0 가입 신청을 한 사람 중에서 상해 또는 사고와 관련된 소송에 관련된 사람이 있습니까?
 (더 자세한 정보는 6 페이지 참조) 예 아니오
- ④1 이 가구에 차가 2대 이상 있습니까? (옵션) 예 아니오
- ④2 가구 은행 계좌에 입금된 금액이 \$3,150가 넘습니까? (옵션) 예 아니오

자녀보전

신청인이 아래에 표시하지 않는 경우, 의료 프로그램은 신청인에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.

- ④3 자녀가 전체 Medi-Cal 또는 Healthy Families에 대한 자격이 없는 경우, 저희는 이 신청서를 Healthy Kids 또는 이와 유사한 카운티 프로그램에 보냅니다. 저희가 이렇게 하기를 원하지 않으시면 이곳에 표시하십시오. (더 자세한 정보는 6 페이지 참조)
- ④4 자녀가 앞으로 더 이상 무료 Medi-Cal에 대한 자격이 없는 경우, Medi-Cal은 자녀의 신청서를 Healthy Families와 공유합니다. 저희가 이렇게 하기를 원하지 않으시면 이곳에 표시하십시오.

Healthy Families 플랜의 선택

아래에 원하는 플랜의 이름 또는 코드를 기재하십시오. 도움이 필요하면 Healthy Families 핸드북을 찾아보거나 1-800-880-5305로 전화하십시오. 또는 www.healthyfamilies.ca.gov를 방문하십시오.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ④5 의료보험 플랜 _____ 이름 _____ 코드 _____ | ④6 의사 또는 클리닉 _____ (옵션) _____ 이름 _____ 코드 _____ |
| ④7 치과 플랜 _____ 이름 _____ 코드 _____ | ④8 치과 의사 또는 클리닉 _____ (옵션) _____ 이름 _____ 코드 _____ |
| ④9 안과 플랜 _____ 이름 _____ 코드 _____ | ⑤0 안과 의사 또는 클리닉 _____ (옵션) _____ 이름 _____ 코드 _____ |

신청인에게 해당되는 모든 박스에 표시하십시오.

- ⑤1 미국 원주민 인디언 임업 근로자 농업 근로자 수산업 근로자
- 위의 박스 중 하나에 표시한 경우에는 캘리포니아 주의 전 카운티에서 자녀에 대한 의료비를 보상하는 Special Population Plan에 자격이 있을 수 있습니다. Healthy Families 핸드북과 www.healthyfamilies.ca.gov에서 이 특별 플랜의 코드를 찾아보십시오.

신청인(또는 보험 가입을 신청하는 자녀)은 무료 Healthy Families 의료보험에 가입하기를 원하는 미국 원주민 인디언 또는 알래스카 원주민입니까?

- ⑤2 예 아니오 “예” 인 경우, 6 페이지를 참조하십시오.

Healthy Families 플랜에 대한 분쟁

각 의료보험 플랜은 서비스 제공과 다른 문제에 관한 분쟁을 해결하는 자체 규정을 가지고 있습니다. 어떤 플랜들은 구속력 있는 중재를 통해서 분쟁을 해결해야 한다고 규정하고 있으나 다른 플랜들은 그렇지 않습니다. 어떤 플랜들은 의료 과오에 대한 청구를 구속력 있는 중재에 의해 결정해야 한다고 규정하고 있으나 다른 플랜들은 그렇지 않습니다. 신청인이 선택한 플랜이 구속력 있는 중재를 요구하면 신청인은 배심 재판을 받을 권리를 포기해야 하고 분쟁을 법원에서 해결할 수 없습니다. 의료보험 플랜이 분쟁을 해결하는 방법에 대해 더 자세히 알아보고 싶으시면 플랜으로 전화하거나 HFP 핸드북을 찾아보십시오. 또한 www.healthyfamilies.ca.gov를 방문하십시오.

진술 및 서명 (필수)

본인은 이 신청서, 작성한 답변 및 동봉한 서류를 읽었으며, 작성한 내용이 정확하고 사실이 아닌 경우 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것을 감수합니다. 본인은 통지문을 읽고 이해했으며, 7 페이지에 있는 진술서를 작성합니다.

신청인 서명: _____ 날짜: _____

입회인 서명(신청인이 기호로 서명한 경우): _____ 날짜: _____

위임된 대리인(해당되는 경우): _____ 날짜: _____

인가된 신청서 작성 보조원(CAA)이 이 양식의 작성을 도와준 경우에 한해 다음 사항을 작성하십시오.

- Healthy Families와 Medi-Cal이 아래에 기재된 등록 기관(EE) 담당자에게 이 신청서의 처리 상태를 알려줄 수 있도록 이 박스에 표시하고 아래에 서명해 주십시오. 이러한 허가는 당 프로그램이 이 신청서에 대한 심사 결과를 우송할 때 종료됩니다.

본인은 이 신청서를 작성할 때 아래에 기재된 CAA로부터 도움을 받았음을 증명합니다. 이 CAA는 본인을 무료로 도와주었습니다.

신청인 서명: _____ 날짜: _____

CAA# _____ EE# _____

CAA 서명: _____ 날짜: _____

이 신청서를 제출할 때 CAA가 이 항목을 완전하고 정확하게 작성하지 않으면 주정부는 EE에 비용을 상환하지 않습니다.

도움이 필요하십니까?

저희가 도와 드립니다!

- 전화 - 전화로 신청서 작성을 도와드립니다.
- 직접 방문 - 교육을 받은 보조원이 직접 면담하여 도와드립니다. 일부 보조원들은 신청서를 온라인으로 작성할 수 있습니다.
- 여러분이 사용하시는 언어로 도와드립니다!
- 모든 도움은 무료로 제공됩니다!

전화: 1-800-880-5305

TDD: 1-800-735-2929

인터넷에서 도움을 받을 수 있습니까?

그렇습니다. Healthy Families에 관해 더 자세히 알아보시려면 www.healthyfamilies.ca.gov를 방문하십시오.

누가 자녀를 대신해서 신청할 수 있습니까?

자녀의 부모, 의붓부모, 보호자 또는 자녀를 돌보는 친척이 신청할 수 있습니다. 부권에서 해방된 미성년자는 본인이 신청할 수 있습니다.

자녀나 임신부는 미국 시민권자 또는 국적자이어야 합니까?

아닙니다. 이민자는 합법 또는 불법을 불문하고 Medi-Cal에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 일부 이민자들은 임신 및 응급 서비스에 대해서만 자격이 있을 수 있습니다. 다른 이민자들은 전체 Medi-Cal 베니핏에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

Healthy Families의 경우에는 자녀가 미국 시민권자, 국적자 또는 영주권자이어야 합니다. 더 자세한 정보는 Healthy Families 핸드북을 참조하거나, www.healthyfamilies.ca.gov로 가서 “FAQs(자주 묻는 질문들)” 를 누르십시오.

전가족에 대한 이민 정보를 제공해야 합니까?

아닙니다. 의료보험 베니핏을 신청하는 가족에 대한 이민 정보만을 기재하십시오.

자녀에 대해서만 베니핏을 신청하는 경우, 부모는 이민 정보를 제공할 필요가 없습니다.

신청인이 제공하는 이민 정보는 개인 정보로서 비밀로 유지됩니다. 저희는 단지 신청인의 자격을 확인하기 위한 목적으로만 이러한 정보를 사용합니다. 그리고 저희는 합법적으로 받은 치료에 대한 비용을 청구하기 위해 이민 정보를 사용하지 않습니다.

제공한 정보는 비밀로 유지됩니까?

그렇습니다. 저희는 신청인이 제공한 정보를 자격이 있는지 확인하고 프로그램을 시행하기 위한 목적으로만 사용합니다.

7 페이지를 참조하십시오.

지불해야 할 비용이 있습니까?

Medi-Cal은 지불할 비용이 없습니다.

Healthy Families는 지금 지불할 비용은 없으나, 가입한 후에는 매월 각 자녀에 대해서 \$4 - \$15, 그리고 가족 전체에 대해서 최대 \$45의 비용을 지불해야 합니다. 3개월분 보험료를 선납하면 1개월은 무료입니다!

신청한 후에는 어떻게 됩니까?

저희가 서신을 보내어 자녀가 어떤 프로그램에 대한 자격이 있고 보상이 언제부터 시작되는지 알려드립니다. 신청서를 처리하는 데는 최대 45일이 걸립니다.

신청서가 처리되고 있는지는 언제 확인해야 합니까?

신청서를 우송한 후 10 - 15일이 지난 뒤에 1-800-880-5305로 전화하여 확인하십시오.

모든 자녀가 같은 프로그램에 가입됩니까?

그럴 수도 있습니다. 프로그램은 가구 규모, 가구 소득 및 각 자녀의 연령에 따라 결정됩니다. 나이가 어린 자녀는 Medi-Cal에, 나이가 많은 자녀는 Healthy Families에 가입될 수 있습니다.

신청에 필요한 서류의 사본을 지금 제출할 수 없으면 어떻게 해야 합니까?

가장 빨리 가입할 수 있는 방법은 지금 모든 서류를 제출하는 것입니다. 지금 제출할 수 없으면 가능한 한 빨리 서류를 제출하십시오. 또한 팩스(1-866-848-4974)로 보낼 수도 있습니다.

저희가 정보가 더 필요한 경우에는 신청인에게 전화를 하거나 서신을 보냅니다.

가구 규모 및 가구 소득

개인 정보 및 재정 정보는 어떻게 사용합니까?

저희는 신청인과 자녀가 당 프로그램에 대한 자격이 있는지 판정하기 위해서 가구 규모 및 가구 소득을 확인합니다. 저희는 가구 내의 일부 사람들을 계산하지 않을 수도 있습니다. 그리고 일부 사람들의 소득을 계산하지 않을 수도 있습니다. 이러한 정보는 저희가 귀하를 대신해서 확인합니다.

누구를 같은 집에 사는 가족으로 기재해야 합니까?

다음 사람을 가족으로 기재해야 합니다.

- 같은 집에서 살고 있거나, 또는 학교 때문에 집을 떠나 있고 피부양자로 납세 신고된 21세 미만의 모든 자녀
- 가입 신청을 한 자녀와 함께 살고 있는 친부모, 양부모 또는 의붓부모
- 임신부와 태아(결혼한 경우에는 배우자도 기재)
- 같은 집에 살고 있는 십대의 배우자
- 부권에서 해방된 미성년자

다음 사람은 기재하지 마십시오.

- 숙모, 숙부, 이모, 이모부
- 사촌
- 조카
- 조부모

그러나, 이러한 친척들이 Medi-Cal에 가입하기를 원하는 경우에는 신청서의 질문 38에 “예” 라고 표시하십시오.

소득이 너무 높아 가입 자격이 없는 경우에는 어떻게 됩니까?

저희는 탁아비, 자녀 부양비, 피부양자 보호비, 배우자 부양비 등을 가구 소득에서 공제하므로 자녀에게 가입 자격이 있을 수 있습니다. 또한 저희는 직장이 있거나 주 장애 보험 또는 근로자 재해 보상을 받는 각 가구 구성원에 대해 최대 \$90를 공제합니다.

공제를 받아도 여전히 소득이 너무 높으면 자녀가 Healthy Kids에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 6 페이지를 참조하십시오.

자녀 부양비나 배우자 부양비는 신청인의 소득에 어떤 영향을 미칩니까?

자녀 부양비 또는 배우자 부양비를 지급하고 있는 경우에는 그 금액이 가구 소득에서 공제됩니다.

자녀 부양비 또는 배우자 부양비를 받고 있는 경우에는 그 금액에서 최대 \$50를 뺀 금액을 가구 소득으로 간주합니다.

탁아비나 장애 피부양자 보호비를 소득에서 공제합니까?

다음과 같은 경우에 그러한 비용을 가구 소득에서 공제합니다.

- 그러한 비용을 지불하는 사람이 같은 집에서 사는 경우, 그리고
- 같은 집에 사는 성인이 직장에 다니거나 직업 훈련을 받고 있어 필요한 보호를 제공할 수 없는 경우

최대 공제 금액은 보호를 받는 사람의 연령에 따라 달라집니다. 아래를 참조하십시오.

| | |
|-------------------------|-------|
| 2세 미만의 자녀 | \$200 |
| 2세 이상의 자녀 | \$175 |
| 장애 피부양자(연령 불문). | \$175 |

소득이 곧 변경될 예정인 경우에는 어떻게 됩니까?

가구 소득이 승진, 해고, 또는 다른 변동 사항으로 인해 향후 수개월 내에 변경될 것이라는 것을 알고 있는 경우에는 별도의 용지를 첨부하여 그러한 상황에 대해 설명하십시오.

예:

본인의 이번 달 급여는 \$1000였습니다. 그러나 본인의 급여는 보통 \$800입니다. 지난 달에는 초과 근무를 하여 \$200를 추가로 수령했습니다. 그러나 앞으로 6개월 동안에는 초과 근무가 없을 예정입니다.

“총” 소득이란 무엇입니까?

총소득이란 세금과 다른 공제 금액을 빼지 않은 소득을 말합니다.

자영업자에 대해서는 총소득을 어떻게 계산합니까?

저희는 자영업자의 손익을 조사합니다(작년도의 스케줄 C 또는 3개월 전의 손익계산서에 근거). 그 다음에 식사, 접대 및 감가상각 비용을 추가합니다. 손해가 발생한 연도나 달에는 소득을 \$0로 산정합니다.

임신부

Medi-Cal은 임신부에 대해 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

- 임신 서비스(일부 초과 서비스 포함), 또는
- 완전한 의료 서비스

어떻게 신청해야 하나요?

임신 서비스만을 신청하는 경우에는 신청서를 작성하고 2 페이지에 기재된 서류를 제출하십시오. 완전한 의료 서비스를 원하는 경우에는 의사나 클리닉이 발급한 임신에 대한 증빙을 제출해야 합니다.

신청서를 처리하고 자격 유무를 통지할 때까지는 최대 45일이 걸립니다.

임신 서비스를 신속하게 받을 수 있습니까?

그렇습니다. Medi-Cal을 신청 중인 임신부에게 무료, 즉시 및 임시로 임신 관련 서비스를 제공하는 특별 프로그램이 있습니다. 이것을 Presumptive Eligibility for Pregnant Women(임신부에 대한 추정 자격)이라고 합니다. 의료제공자가 이 프로그램에 참여하고 있는지 확인하십시오.

더 자세한 정보를 원하시면 1-800-824-0088로 전화하십시오.

신청서가 승인되기 전에 받은 임신 서비스 비용을 상환 받을 수 있습니까?

신청서가 승인되는 경우, Medi-Cal은 신청하기 전 3개월 이내에 받은 임신 서비스(Medi-Cal 제공자로부터 받지 않은 서비스 포함) 비용을 상환할 수도 있습니다. 그러나 신청서를 제출한 후에는 Medi-Cal에 등록한 제공자로부터 받은 서비스 비용만을 상환합니다.

Medi-Cal에 대한 자격이 없으면 어떻게 됩니까?

소득이 너무 높아서 무료 Medi-Cal 프로그램에 가입할 수 없으면 AIM을 신청할 수 있습니다. (AIM은 산모와 유아를 위한 의료보험의 약자입니다.)

AIM은 소득이 너무 높아서 무료 Medi-Cal에 가입할 수 없는 무보험 임신부를 위한 저비용 의료보험 프로그램입니다.

더 자세한 정보를 원하시면

1-800-433-2611로 전화하거나

www.aim.ca.gov를 방문하십시오.

임신 기간 동안 Medi-Cal 또는 AIM에 가입한 경우 신생아는 어떻게 가입시켜야 하나요?

이 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

Medi-Cal에 가입한 경우에는 자격 심사 담당 직원에게 연락하여 신생아가 출생 시에 가입되었는지 확인하십시오. 또는 신생아 의뢰 양식(Newborn Referral Form)을 작성하십시오. 이 양식은 다음의 웹사이트로부터 인쇄할 수 있습니다: www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf.

AIM에 가입한 경우, 신생아는 출생 시부터 Healthy Families에 대한 자격이 있습니다. Healthy Families에 연락하여 신생아의 출생에 대해 알려 주십시오. 1-800-880-5305로 전화하거나 www.aim.ca.gov를 방문하여 “Register Your Baby (신생아 등록)” 를 누르십시오.

임신했을 때 Medi-Cal 또는 AIM에 가입하지 않은 경우, 아기가 태어나기 전에 Healthy Families를 신청할 수 있습니까?

그렇습니다. 다음의 단계를 따르십시오.

1. 임신한 지 6개월 이상 되었을 때 Healthy Families를 신청하십시오. 이 신청서를 작성하고 A1 페이지의 “태아” 줄에 있는 해당 항목에 표시하십시오.
2. 이 신청서와 함께 임신 중이라는 사실과 출산 예정일이 기재된 의사나 클리닉의 확인서를 제출하십시오.
3. 신생아가 Healthy Families에 대한 자격이 있는 경우, 태어난 후 30일 이내에 출생 증명 서류를 제출하십시오. 출생 증명 서류에는 다음과 같은 것들이 있습니다.
 - 신생아의 출산을 도운 의료제공자나 신생아가 태어난 병원이 발급하고 서명한 확인서, 또는
 - 병원의 출생 증명서, 또는
 - 출생 증명서

출생 증명 서류에는 신생아의 성과 이름, 출생일, 출생 장소, 성별이 반드시 기재되어야 합니다.

중요! 임신 했을 때 AIM 에 가입하지 않은 경우, 신생아에 대한 보상은 저희가 출생 증명 서류를 접수한 후 13일째 되는 날부터 시작됩니다.

기타 질문

인종은 어떻게 기재해야 합니까?

자녀나 임신부가 속한 인종 그룹을 기재하십시오.

다음의 리스트를 사용하면 도움이 됩니다.

| | |
|--------------|------------|
| 알래스카 원주민 | 중남미인 |
| 미국인/아시아인 혼혈 | 일본인 |
| 인도인 | 한국인 |
| 흑인/아프리카계 미국인 | 라오스인 |
| 캄보디아인 | 미국 원주민 인디언 |
| 중국인 | 기타 아시아인 |
| 필리핀인 | 사모아인 |
| 괌인 | 베트남인 |
| 하와이인 | 백인 |
| 기타 | |

전체 Medi-Cal 베니핏을 원하나 소셜 시큐리티 번호가 없는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

소셜 시큐리티 번호를 신청하여 60일 이내에 제출하면 전체 Medi-Cal 베니핏을 받을 수 있습니다.

소셜 시큐리티 번호를 받으려면 다음의 번호로 Social Security Administration(사회보장국)에 연락하십시오.

1-800-772-1213 (무료 전화)

소셜 시큐리티 번호를 받을 수 없더라도 임신 및 응급 서비스에 대한 자격은 있을 수 있습니다.

자녀가 부모의 직장을 통해서 의료보험에 가입했으나 그 보험이 종료된 경우에는 어떻게 해야 합니까?

부모가 자격이 있는 경우, 즉시 Medi-Cal로부터 보상을 받을 수 있습니다.

Healthy Families는 이전의 보험 보상이 종료된 후 3개월이 지난 뒤부터 유자격 자녀에 대한 보상을 제공합니다. 고용 상태 변경, 이사, 모든 고용인에 대한 베니핏 종료, 사망, 법적 별거 또는 이혼, COBRA 종료로 인해 보상이 종료된 경우에는 더 빨리 보상을 받을 자격을 얻을 수 있습니다.

Medi-Cal은 전에 받은 의료 서비스에 대한 지불을 도와줄 수 있습니까?

그렇습니다. Medi-Cal은 가입 신청 3개월 전에 발생한 기지불 또는 미지불 의료비의 지불을 도와줄 수 있습니다. 신청서 ②에 “예” 라고 표시하십시오.

소송을 하여 배상금을 받은 경우에는 어떻게 해야 합니까?

소송에서 승소하여 사고나 상해에 대해 배상금을 받았고 Medi-Cal이 의료비를 보상한 경우에는 그러한 배상금으로 Medi-Cal이 보상한 의료비를 상환해야 합니다.

Medi-Cal은 신청서가 승인될 때까지 의료비를 지불하는 것을 도와줍니까?

Medi-Cal이 비용을 지불하기를 원하면 먼저 의료제공자가 Medi-Cal에 등록되어 있는지 확인하십시오. Medi-Cal은 가입 신청 후 등록 제공자로부터 받은 서비스 비용을 상환할 수도 있습니다.

어떻게 Medi-Cal 의료보험 플랜에 가입할 수 있습니까?

저희가 패킷을 보내드립니다. 기다리고 싶지 않으시면 **1-800-430-4263**으로 Health Care Options (의료보험 옵션)에 전화하십시오. 이 기관은 귀하가 거주하는 카운티에서 Medi-Cal 의료보험 플랜을 제공하는지 알려줍니다.

미국 원주민 인디언/알래스카 원주민:

무료 Medi-Cal에 대한 자격이 없는 경우, 무료로 Healthy Families 베니핏을 받을 수 있습니다. 신청서 ⑤에 반드시 “예” 라고 표시하십시오. 또한 아래의 서류들 중 하나(부모용 또는 자녀용)를 지금 또는 가입 후 2개월 이내에 제출해야 합니다.

- 연방정부가 인정한 부족이 발급한 가입 서류, 또는
- Bureau of Indian Affairs(인디언 업무국)이 발급한 인디언 혈통 증명서(CDIB), 또는
- 캘리포니아 인디언 의료 서비스 클리닉이 발급한 인디언 혈통 확인서

자녀가 이 프로그램에 대한 자격이 없으면 어떻게 해야 합니까?

전체 Medi-Cal 또는 Healthy Families에 대한 자격이 없는 자녀들은 다른 무료 또는 저비용 의료보험 프로그램에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

대부분의 카운티에서는 이것을 Healthy Kids 프로그램이라고 합니다. 귀하의 카운티에서 실시되는 이 프로그램이 이 신청서를 승인할 수 있는 경우, 저희는 신청서를 그 프로그램으로 보냅니다.

거주하는 카운티에 Healthy Kids 프로그램이 있는지 알아보려면 **1-800-880-5305**로 전화하십시오.

Healthy Families 통지문

진술

본인은 가입을 신청하는 각 사람에 대해 다음 사항을 진술합니다.

- 캘리포니아 주민입니다.
- 교도소나 정신병원에 수용되어 있지 않습니다.
- Medicare 파트 A 및 파트 B에 대한 자격이 없습니다.
- 캘리포니아 공무원 은퇴 시스템 의료보험 베니핏 프로그램(들)에 대한 자격이 없거나, 또는 캘리포니아 공무원 은퇴 시스템 의료보험 베니핏 프로그램에 대한 자격이 있으나 피부양자(들)에 대한 고용주 부담금이 \$10 미만입니다.

본인은 또한 다음과 같이 진술합니다:

- 이 신청서에 기재된 모든 개인은 자신이 가입하는 플랜의 참여 규정, 이용 심사 과정 및 분쟁 해결 과정을 따릅니다.
- 본인은 Healthy Families 핸드북을 읽고 이해했습니다. 본인은 각 의료 보험, 치과 보험 및 안과 보험 플랜과 이러한 플랜들이 제공하는 베니핏에 대해 설명하는 내용을 이해하고 있습니다.
- 본인은 본인 자신에 대해 신청하는 것이 아닌 경우, 아직 보험에 가입하지 않은 본인의 모든 자녀들을 대신하여 신청합니다.
- 본인은 Healthy Families가 가구 소득, 의료보험 가입 여부, 본인이 대신 신청하는 사람들의 이민 신분, 그리고 이 신청서에 기재된 다른 모든 사실들을 확인하는 것을 허가합니다.
- 본인은 프로그램 가입이 승인된 사람의 주소가 변경되거나 신청인의 청구서 발송 주소가 변경되는 경우, 이를 30일 이내에 이 프로그램에 통지할 것에 동의합니다.

개인 정보 보호

신청인은 법률에 따라 Healthy Families 가입을 신청할 때 이 프로그램이 요청하는 정보를 제공해야 합니다. (제10편, CCR, § 2699.6600) 신청인이 제공하는 개인 및 의료 정보는 신청인의 신원을 확인하고 프로그램을 시행하기 위해서만 사용됩니다. 이것은 신청인에 대한 정보를 정부기관과 가입할 플랜에 공개한다는 것을 의미합니다.

시민권 및 이민 정보

이 신청서에서는 신청인의 시민권과 이민 신분에 대해 질문을 합니다. 신청인은 이러한 질문에 반드시 답변해야 합니다. 저희는 신청인의 답변을 프로그램을 시행하고 신청인이 자격이 있는지 확인하기 위해 사용합니다. 신청인이 부모 또는 보호자이고, 자신에 대해 보험 가입을 신청하지 않는 경우, 저희는 신청인의 이민 정보를 이민 당국을 포함하는 다른 정부기관에 공개하지 않습니다. 신청인이 이러한 질문에 답변하지 않는 경우, 저희는 신청서의 승인을 거부할 수 있습니다.

인종

미국 원주민 혈통에 근거하여 베니핏을 신청하지 않는 경우에는 인종에 관한 질문에 답변하지 않아도 됩니다.

소셜 시큐리티 번호

신청인이 원하지 않는 경우에는 소셜 시큐리티 번호를 제공할 필요가 없습니다.

기록 열람

신청인은 Managed Risk Medical Insurance Board(의료보험 관리위원회)가 관리하는, 신청인의 개인 정보가 들어 있는 기록을 열람할 권리가 있습니다. 기록을 열람하려면 다음 주소로 연락하십시오.

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn : HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

Medi-Cal 통지문

권리, 책임 및 진술

본인은 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 인종, 피부색, 종교, 출신국, 성별, 연령 또는 종교적 신념에 상관없이 공정하고 공평하게 치료를 받을 권리
- 통역을 요청할 권리
- Medi-Cal 케이스에 관한 결정이 부당하거나 잘못 되었다고 생각할 때 공정 심리를 요청할 권리. 신청인은 "Notice of Action(조치 통지서)"을 받은 날로부터 90일 이내에 심리를 요청해야 합니다. Medi-Cal 공정 심리에 대해 알아보려면 무료 전화 1-800-952-5253로 전화하십시오.

본인은 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 카운티가 요구할 때 상황 보고서를 제출할 책임
- 이 신청서 양식에 기재된 정보가 변경되는 경우 이를 10일 이내에 통보할 책임
- 가구 구성원이 장애 베니핏을 신청하거나, 공공기관에 수용되어 있거나, 다른 사람이 일으킨 사고 또는 상해로 치료를 받는 경우, 이를 카운티에 알릴 책임
- 본인의 케이스를 심사할 때 협조할 책임

본인은 가입을 신청하는 각 사람에 대해 다음 사항을 진술합니다.

- 캘리포니아 주민입니다.
- 캘리포니아 외부에서 공공보조금을 받고 있지 않습니다.
- 교도소, 구치소, 또는 다른 교정시설에 수용되어 있지 않습니다.

본인은 또한 다음과 같이 진술합니다.

- 본인은 Medi-Cal 자격 승인의 조건으로 의료 보조금과 제3자 지불금에 대한 모든 권리가 자동으로 캘리포니아 주에 귀속된다는 것을 알고 있습니다.
- 본인이 이 Medi-Cal 프로그램에 대한 자격이 없는 경우, 다른 프로그램에 대한 자격이 있을 수 있고 그러한 프로그램을 신청할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다.
- 본인이 고의적으로 필요한 사실을 제공하지 않거나 허위 사실을 제공하는 경우, 베니핏이 거부 또는 종료될 수 있고 의료비를 상환해야 할 수도 있다는 것을 알고 있습니다.

비밀 유지

이 신청서 양식에 기재된 정보는 비밀로 유지됩니다. 이러한 정보는 법률이 요구하는 경우에만 공개됩니다. (Welfare and Institutions Code (복지 및 시설법) 제10850 및 14100.2조)

개인 정보 보호

Medi-Cal 신청인은 법률에 따라 이 신청서에 옵션이라고 표시되지 않은 모든 질문에 답변해야 합니다. (복지 및 시설법 § 14011 및 제22편 CCR 규정) 신청인이 제공하는 개인 및 의료 정보는 신청인의 신원을 확인하고 프로그램을 시행하기 위해서만 사용됩니다. 이것은 신청인에 대한 정보를 연방정부, 주정부 및 지방정부 기관에 공개한다는 것을 의미합니다.

시민권 및 이민 정보

의료보험 베니핏을 신청하실 때는 시민권 및 이민 신분에 대한 질문에 답변해야 합니다. 신청인이 부모나 보호자이고, 자신에 대해 의료보험을 신청하지 않는 경우, 신청인에 대한 이민 정보를 제출할 필요가 없습니다. 신청인이 전체 범위의 Medi-Cal을 신청하는 경우, 저희는 신청인이 이에 대한 자격이 있는지를 알아보기 위해서만 신청인의 이민 신분을 이민국(USCIS)에 확인합니다. 저희는 신청인의 이민 정보를 다른 어떤 이유로도 이민국이나 다른 정부기관에 공개하지 않습니다. 신청인에 대한 이러한 질문에 답변하지 않으면 신청서는 불완전한 것으로 간주되고, 저희는 신청서의 승인을 거부할 수도 있습니다.

소셜 시큐리티 번호

신청인은 응급 또는 임신 관련 베니핏만을 신청하는 경우를 제외하고 소셜 시큐리티 번호를 제공해야 합니다. (복지 및 시설법 § 14011.2 및 Social Security Act(사회보장법) § 1137(a)(1)).

기록 열람

신청인은 Department of Health Care Services가 관리하는, 신청인의 개인 정보가 들어 있는 기록을 열람할 권리가 있습니다. 기록을 열람하려면 카운티의 보건 또는 복지 서비스 부서로 연락하십시오.

무료 및 저비용 의료보험:

- 예방 진료
- 임신중 진료
- 정신과 진료
- 입원 치료
- 의사 진료
- 안과/치과 진료
- 처방약
- 응급 진료

자격이 있는지 알고 싶으십니까?

작성한 신청서와 서류를 지금 제출하십시오! 저희는 45일 이내에 자격 유무를 알려 드릴 수 있습니다! 아래의 표에서 가구 규모, 월 소득(세금 및 공제 전) 및 자녀의 연령을 확인하여 자격이 있는 프로그램을 찾아보십시오. 신청인은 일부 비용을 공제 받을 수 있습니다. 더 자세한 정보는 4 페이지를 참조하십시오.

3/31/2009까지 유효

| 자녀 연령 ▶ | 0 - 1세 또는 임신부* | 0 - 1세 | 1 - 5세 | | 6 - 18세 | |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|
| 가구 규모 임신부 - 2사람으로 간주* ▼ | Medi-Cal | Healthy Families | Medi-Cal | Healthy Families | Medi-Cal | Healthy Families |
| 1 | \$0 - \$1734 | \$1735 - \$2167 | \$0 - \$1153 | \$1154 - \$2167 | \$0 - \$867 | \$868 - \$2167 |
| 2 | \$0 - \$2334 | \$2335 - \$2917 | \$0 - \$1552 | \$1553 - \$2917 | \$0 - \$1167 | \$1168 - \$2917 |
| 3 | \$0 - \$2934 | \$2935 - \$3667 | \$0 - \$1951 | \$1952 - \$3667 | \$0 - \$1467 | \$1468 - \$3667 |
| 4 | \$0 - \$3534 | \$3535 - \$4417 | \$0 - \$2350 | \$2351 - \$4417 | \$0 - \$1767 | \$1768 - \$4417 |
| 5 | \$0 - \$4134 | \$4135 - \$5167 | \$0 - \$2749 | \$2750 - \$5167 | \$0 - \$2067 | \$2068 - \$5167 |
| 6** | \$0 - \$4734 | \$4735 - \$5917 | \$0 - \$3148 | \$3149 - \$5917 | \$0 - \$2367 | \$2368 - \$5917 |

* 아기를 둘 이상 출산할 예정인 경우에는 출산할 아기의 수가 기재된 의료 제공자의 확인서를 제출해야 합니다. (이것은 더 큰 가구 규모를 적용하기 위한 것입니다.)

** 가구 구성원이 6명이 넘는 경우에는 1-800-880-5305로 전화하십시오.

많은 자녀들과 임신부가 자격을 얻을 수 있습니다.

가입 자격은 가구 규모, 가구 소득 및 귀하의 자녀의 연령에 따라 달라집니다. 이민 서류가 없더라도 일부 Medi-Cal에 대한 자격을 얻을 수 있습니다.

이 프로그램에 대한 자격이 없더라도 Healthy Kids라고 하는 저비용 카운티 의료보험 프로그램 또는 자녀가 가입할 수 있는 다른 프로그램에 의뢰할 수 있습니다.

무료 또는 저비용.

Medi-Cal은 무료입니다(병원 방문 포함).

Healthy Families는 매월 각 자녀에 대해서 \$4 - \$15, 그리고 가족 전체에 대해서 최대 \$45의 비용을 지불해야 합니다. 예방접종과 같은 예방 서비스는 무료로 제공됩니다. 다른 방문에 대해서는 매번 \$5를 지불해야 합니다.

이 프로그램에서는 신청인이 의사를 선택할 수 있습니다. 그리고 대부분의 카운티는 신청인이 선택할 수 있는 다양한 의료보험 플랜을 제공합니다.

지금 전화하십시오. 전화는 무료입니다!

1-800-880-5305

TDD: 1-800-735-2929

월요일-금요일: 오전 8시-오후 8시, 토요일: 오전 8시-오후 5시

Healthy Families 웹사이트 www.healthyfamilies.ca.gov를 방문하십시오.